

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

264

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André NIKONOFF

ARTHRO-THYPHUS

(INFECTION ÉBERTHIENNE)

Travail de la Clinique de M. le Docteur Thiroloix, Professeur agrégé à la Faculté,
médecin des Hôpitaux.

Président : M. LETULLE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
45, rue Racine, 45

1922

264

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE LA VILLE DE LYON
1871

264

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

155



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551415_0067

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André NIKONOFF

ARTHRO-THYPHUS

(INFECTION ÉBERTHIENNE)

Travail de la Clinique de M. le Docteur Thiroloix, Professeur agrégé à la Faculté,
médecin des Hôpitaux.

Président : M. LETULLE, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	D ^r LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Nous avons pris pour le sujet de notre thèse inaugurale un cas de fièvre typhoïde, une forme clinique rare, un cas d'arthro-typhus. Dans ce travail, nous avons relaté les deux observations qui ont permis d'individualiser cette forme clinique.

Mais avant de les décrire, nous tenons à remercier nos Maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté :

M. NICOLAS

Professeur à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

M. CHARLES WALTHER

Professeur agrégé
Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

NOTRE TRÈS REGRETTÉ MAÎTRE

M. LE DOCTEUR ERNEST MOSNY

M. JULES THIROLOIX

**Professeur agrégé
Médecin des Hôpitaux**

*A qui nous adressons l'expression de
nos plus vifs remerciements et de no-
tre profonde gratitude.*

M. LE PROFESSEUR LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.*

ARTHRO-TYPHUS

(INFECTION ÉBERTHIENNE)

Parmi les nombreuses formes cliniques de la fièvre typhoïde, il en est plusieurs, rares, et qui par cela même présentent un grand intérêt. Nous voulons relater ici un cas d'arthro-typhus que nous avons observé dans le service de notre maître, M. Jules Thiroloix.

Mais avant de commencer la description de ce cas, il nous semble nécessaire de passer en revue, sommairement, deux autres formes cliniques rares de la dothiènement-térie : le pneumo-typhus et le pleuro-typhus.

Le pneumo-typhus a été vu par Dielle en 1855 et étudié par Gerhardt en 1875, par Lépine en 1878-1882. On le rencontre plus souvent chez l'enfant. Il présente trois formes cliniques :

1° Pneumonie franche classique. Au moment où les phénomènes pneumoniques disparaissent, les symptômes de la fièvre typhoïde apparaissent.

2° La pneumonie et la fièvre typhoïde confondent leurs symptômes et on a alors le tableau clinique des pneumonies graves.

3° Ce n'est que l'autopsie qui montre les lésions de la dothiènement-térie, le malade ayant succombé à la pneumonie.

De ces trois formes, c'est la première qui est la plus fréquente et la troisième exceptionnelle.

Pleuro-typhus. — La nature de la pleurésie est mise en lumière par l'examen bactériologique du liquide. Le syndrome typhoïde apparaît vers le huitième ou le dixième jours après le début. On a vu quelques cas pendant la guerre 1914-1918 (Roger, Rist).

L'arthro-typhus est une forme clinique de la typhoïde exceptionnelle puisque on ne connaît que un cas précis : l'observation de MM. Barjon et Lesieur. Notre observation est le deuxième cas net.

Les complications articulaires sont rares au cours de la fièvre typhoïde. Elles ont été étudiées par de nombreux auteurs à la période d'état et à la convalescence de la fièvre typhoïde.

Bazin a décrit une forme arthritique de la fièvre typhoïde, sans rougeur, ni gonflement.

De même, A. Robin publie une observation de la fièvre typhoïde avec des manifestations articulaires et osseuses, mais ces phénomènes articulaires sont apparus à la période d'état de la fièvre typhoïde.

Le nom d'arthro-typhus a été adopté par Chantemesse après Robin.

Mais on retrouve surtout, comme nous l'avons dit, l'observation précise de Barjon et Lesieur.

Il s'agit également d'un jeune homme de dix-sept ans, ayant présenté une première atteinte de rhumatisme, dont l'évolution rappelle la fièvre typhoïde.

Sept ans plus tard, les mêmes phénomènes reparaissent.

Les manifestations articulaires se calment peu à peu et l'état typhique apparaît.

L'hémoculture est positive et permet de déceler le bacille d'Eberth. Les douleurs articulaires persistent pendant toute la maladie.

Le malade meurt au bout de vingt-huit jours sans avoir présenté d'hémorragie.

A l'autopsie, aucune lésion splénique ou intestinale.

OBSERVATION

F... Jean, âgé de dix-sept ans, entre à la Pitié dans le service du Dr Arrou, le 26 janvier 1922, pour des arthrites traumatiques survenues au cours de son travail. Une planche en tombant sur le dos des pieds avait, le lendemain du traumatisme, provoqué l'apparition de douleurs avec gonflements de la partie moyenne des pieds et des cou-de-pieds.

M. Arrou ne constatant qu'une lésion médicale rhumatismale, passe le malade dans un service de médecine.

Le 28 janvier, F... passe dans le service du Dr Thiroloix, pour rhumatisme articulaire aigu.

La mère de F... nous donne les renseignements suivants.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Il a été un enfant chétif, rachitique, et a marché tard. Il aurait eu la fièvre muqueuse à l'âge de six ans. Depuis cette époque, il n'a présenté aucune affection sérieuse, mais il a toujours eu une santé délicate.

A notre premier examen, nous constatons qu'il s'agit

d'un jeune homme grêle, de taille élevée; il est plongé dans un délire doux et tranquille; il répond évasivement aux questions posées; dès qu'on insiste, il dit qu'il va très bien.

Nous constatons l'existence d'arthropathies des genoux, des tibio-tarsiennes, des médio-tarsiennes. Toutes sont tuméfiées, œdématisées, rouges, chaudes, très sensibles.

Le genou droit est plus volumineux, on y décèle le choc rotulien.

L'essai de mobilisation des articulations semble très douloureux et arrête toute exploration.

Le sujet est pâle, inondé de sueur; les muqueuses sont exsangues. La langue, blanche au centre, est rouge sur les bords.

Les bruits du cœur sont bien frappés; la tension artérielle au Vaquez est de $12\frac{1}{2}$ - $7\frac{1}{2}$. Le pouls bat à 100. La température est de 40° .

Les autres appareils sont normaux; aucune lésion interne. Pas d'œdème périphérique.

Les urines sont légèrement albumineuses.

On lui donne 4 grammes de salicylate de soude.

29 janvier. — Malgré l'absence de signes méningées (céphalée, raideur de la nuque, signe de Kernig), nous pratiquons, pour essayer de trouver une explication du délire, une ponction lombaire.

Celle-ci donne un liquide clair, teinté de sang et non xanthochromique; après centrifugation, l'examen microscopique n'y décèle aucune lymphocytose et aucun micro-organisme.

30 janvier. — On ne constate aucun changement dans

les divers troubles. Il s'y est ajouté une constipation qui persistera pendant toute la maladie.

Pouls à 120. Température à 40°. Les urines sont hématuriques.

31 janvier. — Les douleurs vives restent localisées aux membres inférieurs. On continue le traitement salicylé et on y ajoute l'emploi de l'huile camphrée (20 cc.).

1^{er} février. — L'état d'asthénie s'accroît; une épistaxis abondante apparaît, nécessitant un tamponnement (narine gauche).

La dyspnée est vive. L'examen pulmonaire montre un foyer de congestion à la base droite.

On fait une hémoculture.

On supprime le salicylate et l'on donne XX gouttes d'adrénaline.

2 février. — Même état.

3 février. — Le malade fait une nouvelle hématurie. Les réactions de Weber et de Meyer sont positives.

Le sujet présentant de la raideur de la nuque, on fait une nouvelle ponction lombaire. Le liquide était franchement hémorragique.

La tension artérielle tombe à 12-6.

L'existence simultanée d'arthropathie et d'hémorragies fait penser à une variété de rhumatisme infectieux hémorragipare (sans purpura).

Les séro-réactions par l'Eberth et les para-typhoïdes sont négatives.

4 février. — Les douleurs articulaires ne se modifient pas. Le malade est pâle. Les muqueuses décolorées. L'état

physique pulmonaire s'est amélioré. Pourtant, la respiration reste rapide (24).

Pouls à 90.

5 février. — Le délire a disparu. L'euphorisme persiste. Le résultat de l'hémoculture est négatif.

6 février. — Le malade est d'une pâleur de cire. Sa tension artérielle tombe à 10-5.

Une hémorragie intestinale abondante apparaît.

On lui donne 4 grammes de chlorure de calcium et trois ampoules d'hémostyl.

7 février. — On trouve du mœlena dans ses selles. On continue la même médication.

8 février. — Nouvelle entérorragie. La tension se maintient à 10-5. Le pouls à 120.

9 février. — Le mœlena réapparaît. L'auscultation du cœur révèle un souffle systolique rude, rapeux, présentant son maximum à la pointe.

Pouls à 80.

10 février. — Nouvelle épistaxis légère. Le pouls remonte à 100.

11 février. — Le sujet, d'une pâleur extrême, fait une nouvelle entérorragie abondante avec tendance à la syncope.

12 février. — De nouveau du mœlena dans les selles; les douleurs articulaires restent localisées aux membres inférieurs.

13 février. — Le mœlena persiste. Nouvelle épistaxis. Pouls à 120.

14 février. — Les bases sont congestionnées. Pouls à 100. On fait une injection intra-veineuse de 20 centimètres

cubes de sang humain recueilli sur un jeune homme parfaitement sain.

15 février. — Nouvelle épistaxis. L'état pulmonaire est stationnaire; le malade n'expectore pas. L'abdomen est souple; la rate non percutable, mais l'hypocondre gauche est douloureux.

On fait une injection d'Anthéma (20 cc.).

16 février. — Le souffle systolique persiste, la tachycardie est accusée. Pouls à 120.

17 février. — Nouvelle hémorragie intestinale; l'état pulmonaire s'améliore.

Au cœur, le souffle systolique s'accompagne de tachyarythmie.

On fait une seconde hémoculture.

La formule sanguine est de :

3.542.000 globules rouges;

20.000 globules blancs.

La formule leucocytaire est de :

75 polynucléaires;

8 mononucléaires;

10 lymphocytes;

1 myélocyte.

On injecte ce jour 20 centimètres cubes de sang humain intramusculaire.

18 février. — Le malade est exsangue; la langue sèche; la soif vive.

A l'auscultation du cœur, un frottement péricardique accompagne le souffle systolique.

19 février. — Le frottement persiste, ainsi que la tachyarythmie.

La tension est à 10-5. Pouls à 130.

Les douleurs articulaires persistent aux genoux, plus marquées à droite.

On ponctionne le genou droit, siège d'une hydarthrose, on ne retire aucun liquide.

Ce jour, l'hémoculture est positive et montre un bacille type typhique.

On repique le même jour la culture sur : gélose — bouillon — lait — glucose.

20 février. — La culture pousse sur bouillon et gélose. La culture est agglutinée par le sang d'un autre malade. Le sérum du malade agglutine son propre bouillon.

Le laboratoire Letulle-Lesur confirme la nature Eberthienne de la culture.

L'examen cardiaque montre un galop accompagnant la tachyarythmie. Le frottement a disparu.

Tension 9 1/2-5 1/2. Pouls à 140.

Examen du sang. On note un retard de la coagulation (24 minutes).

3.200.000 globules rouges.

21 février. — Les taches rosées lenticulaires apparaissent sur l'abdomen et le thorax pour la première fois.

La rate semble normale; le ventre souple; on ne trouve pas de météorisme dans la fosse iliaque droite.

Le galop persiste. Pouls à 100.

22 février. — Les douleurs ont disparu, ainsi que le galop et l'arythmie. Le pouls bat à 80.

23 février. — On note de la bronchite diffuse. Pouls à 80.

24, 25, 26, 27 et 28 février. — Rien à signaler.

1^{er} mars. — Nouveau foyer de congestion à la base pulmonaire droite.

Le souffle systolique présente toujours les mêmes caractères.

22 mars. — La langue est rôtie; le visage couvert de sueurs.

Les taches rosées ont disparu; le ventre est légèrement rétracté. La rate semble normale.

La culture du malade nous permet de préparer un autovaccin.

3 mars. — On fait 1 centimètre cube de vaccin sous-cutané. Trois heures après, violent frisson, 40° de température. Pouls à 140. Le malade très faible présente de l'oligurie.

Tension artérielle à 9 1/2-5 1/2.

5 mars. — Même état.

6 mars. — Nouvelle entérorragie. L'abdomen est rétracté, non douloureux. Tension à 9 1/2-5 1/2. Pouls à 140.

Les bruits du cœur sont légèrement assourdis.

7 mars. — On fait une nouvelle injection intramusculaire de sang humain (20 cc.).

8 et 9 mars. — Le mœlena reparait dans les selles; la langue est sèche. Les lèvres sont couvertes de fuliginosités.

10 mars. — L'état physique des poumons s'est amélioré. Au cœur, rythme embryocardique.

Tension artérielle à 9-5. Pouls à 132.

On ne note pas de réaction après 1 centimètre cube de vaccin. On donne 10 centigrammes de spartéine sous-cutané.

11, 12, 13, 14, 15 et 16 mars. — Le rythme embryocardique persiste. L'état est stationnaire.

17 mars. — Le malade présente de l'incontinence des urines et des matières.

Trois heures après l'injection de 1 centimètre cube de vaccin, frisson et claquement de dents. Pouls à 140.

18 mars. — Le malade présente une vive dyspnée (55 respirations par minute).

A l'auscultation, on trouve un bloc de pneumonie à la base gauche.

Le rythme embryocardique disparaît. Le pouls bat à 140.

19 mars. — Rien de nouveau. La formule sanguine s'abaisse.

3.000.000 de globules rouges;

20.000 globules blancs.

20 mars. — La cachexie du sujet est intense. Une otite moyenne droite apparaît avec écoulement d'un liquide jaunâtre.

Les signes pulmonaires restent très marqués. 48 respirations par minute.

Nouvelle hémorragie intestinale abondante.

Pouls à 140. Tension 9-5.

22, 23 et 24 mars. — De nouveau du mœlena dans les selles.

L'injection de 1 centimètre cube de vaccin ne s'accompagne pas de réaction.

Tension 8 1/2-4. Pouls à 120.

25 mars. — L'otite est bilatérale. L'incontinence du sphincter disparaît. Pouls à 160. Tension 8 1/2-5.

26 et 27 mars. — Le ventre est en bateau. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème blanc, mou, non douloureux.

Pouls à 100.

28 mars. — Nouveau foyer de pneumonie à la base droite.

Le rythme embryocardique reparaît.

Le malade n'urine pas.

Quarante respirations par minute.

Pouls à 96. Tension 8 1/2-4.

29 mars. — Même état.

30 mars. — La langue est rôtie; le délire est très marqué. Le malade ne répond plus aux questions. L'anurie est complète. Le malade meurt dans la nuit dans l'adynamie et l'hypothermie.

L'autopsie n'a pas été pratiquée à la Pitié. L'accident du travail, point de départ de son entrée à l'hôpital, ayant nécessité l'autopsie médico-légale demandée par sa famille.

M. le Dr Paul, médecin-légiste, a bien voulu nous donner le résultat de ses constatations :

Le sujet, saigné à blanc, présentait des ulcérations sur toute l'étendue de l'intestin.

Poumons : 1° Hépatisation grise du lobe inférieur du poumon droit;

2° Hépatisation rouge du lobe moyen du poumon gauche.

La rate était volumineuse et couverte d'adhérences. Le cœur présentait des lésions de myocardite.

Dans cette observation, la septicémie Eberthienne a pris la marche qui ne lui est pas habituelle, marche rhumatismale et hémorragique.

A cela, il faut ajouter l'absence de séro-réaction vis-à-vis des bacilles typhiques et d'hémoculture positive pendant toute la première phase de la maladie. Ces éléments du diagnostic absents, l'allure étrange de l'infection ne nous ont pas permis de fixer l'étiologie.

Plus tard, le caractère positif des séro-réactions et de l'hémoculture avec, pourtant, l'anomalie de l'hyperleucocytose, la persistance des entérorragies, et la fixité des douleurs de l'hypocondre gauche, ont permis d'établir le diagnostic de septicémie Eberthienne, à type d'arthro-typhus, que les constatations anatomo-pathologiques ont confirmées.

Nous ne pouvons pas passer sous silence plusieurs complications au cours de cette infection.

La première, c'est la congestion pulmonaire, complication sans grande gravité et qu'on rencontre assez souvent. Cette congestion apparaît le 1^{er} février, soit sept jours après le début de la maladie. La deuxième complication est survenue le 18 mars. Nous parlons de la pneumonie. Cette affection a eu les caractères de la pneumonie qui apparaît à la période d'état de la fièvre typhoïde. Elle est venue insidieusement. Le malade n'a pas présenté ni frisson, ni point de côté. La toux a été peu fréquente et l'expectoration nulle. A ces signes, il faut ajouter une dyspnée intense (40 à 55 respirations par minute), un

pouls petit, rapide (jusqu'à 160)) et une cachexie très prononcée. Le malade est mort douze jours après l'apparition du premier foyer de la pneumonie.

Le 20 mars entre en scène l'otite moyenne droite, qui, le 25, devient bilatérale.

Une semaine après le début de l'infection Eberthienne, le malade commence à avoir des hémorragies. Il saigne du nez, du rein, de l'intestin. Il faut ajouter les hémorragies sous-cutanées (ecchymoses), et l'hémorragie méningée (ponction lombaire pratiquée le 3 février, a donné un liquide franchement hémorragique). Ces hémorragies ont duré jusqu'à la terminaison fatale. Elles étaient abondantes, répétées. Le sujet n'a jamais présenté de purpura.

En terminant, nous devons dire que l'étude bactériologique du syndrome arthrite n'a pas pu être faite: la ponction du genou, qui présentait de l'hydarthrose, est restée blanche.

CONCLUSION

L'infection sanguine Eberthienne est capable de réaliser à côté des types classiques, bien déterminés, des formes tellement anormales que seuls les séro-diagnostic et l'hémoculture peuvent déceler, comme l'arthro-typhus.

Notre observation est le premier cas où, après une évolution clinique tellement différente du type classique que rien ne pouvait faire penser à l'infection Eberthienne, on a pu pendant la vie spécifier la cause et constater à l'autopsie les lésions propres à la fièvre typhoïde.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Lépine.* — Revue de Médecine, 1878.
- Mulette.* — Thèse de Paris, 1886.
- Robin (A.).* — Gazette médicale de Paris, 1881.
- Bourcy.* — Thèse de Paris, 1883.
- Degez.* — Thèse de Paris, 1900.
- Barjon et Lesieur.* — Journal de Physiologie et de Pathologie générale, 1901, n° 2.
- Lannois.* — Lyon Médical, 1882.

